

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE
HUAMANGA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A UNA CESÁREA EN
ADOLESCENTES. HOSPITAL DE APOYO JESÚS NAZARENO.
ENERO – DICIEMBRE 2018.**

**PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
OBSTETRA
PRESENTADO POR:**

Bach. Elsa Olinda HERRERAS GUTIERREZ

Bach. Dhaysy Betsie LOPEZ DIPAZ

ASESOR:

Mg. Pavel ALARCÓN VILA

AYACUCHO – PERÚ

2019

ACTA DE SUSTENTACIÓN

RESOLUCIÓN DECANAL N° 558 – 2019 – FCSA – UNSCH / D

BACHILLERES: ELSA OLINDA HERRERAS GUTIERREZ

DHAYSY BETSIE LOPEZ DIPAZ

Siendo las doce y cuarenta del día veintitrés de diciembre del año dos mil diecinueve en la ciudad de Ayacucho, en los ambientes del auditorio de la Escuela Profesional de Obstetricia reunidos los miembros del jurado calificador bajo la presidencia de la profesora María Luisa León Mendoza (delegada por la decana) y el profesor Oriol Chuchón Gómez (miembro), la profesora Magna Meneses Callirgos (miembro), la profesora Delia Anaya Anaya (miembro) el profesor Pavel Alarcón Vila como Asesor y como secretaria docente a la profesora Julia Ochatoma Palomino, reunidos para recibir la sustentación del trabajo de Tesis titulado “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A UNA CESÁREA EN ADOLESCENTES. HOSPITAL DE APOYO JESÚS NAZARENO. ENERO – DICIEMBRE 2018” con el que pretenden optar el título profesional de Obstetras las bachilleres:

ELSA OLINDA HERRERAS GUTIERREZ

DHAYSY BETSIE LOPEZ DIPAZ

La presidenta del jurado calificador luego de verificar los documentos que obvian en mesa se encuentran dentro de lo exigido por el reglamento de grados y títulos, hace la invitación a las señoritas sustentantes a dar inicio con su exposición.

Finalizada la parte expositiva la presidenta hace la invitación a los miembros del jurado para las preguntas respectivas, dudas y/o aclaraciones si las hubiera.

Culminada la fase de preguntas y respuestas, dudas y/o aclaraciones la presidenta del jurado calificador invita a las señoritas sustentantes y al público en general a abandonar perentoriamente el auditorio para la deliberación y calificación final, de la cual se obtuvo el siguiente resultado:

Bachiller: ELSA OLINDA HERRERAS GUTIERREZ

JURADO	TEXTO	EXPOSICIÓN	PREGUNTAS	PROMEDIO F.
Prof. María Luisa León Mendoza	16	16	16	16
Prof. Oriol Chuchón Gómez	16	16	16	16
Prof. Magna Meneses Callirgos	17	17	17	17
Prof. Delia Anaya Anaya	17	17	17	17
PROMEDIO FINAL:	17			

Bachiller: DHAYSY BETSIE LOPEZ DIPAZ

JURADO	TEXTO	EXPOSICIÓN	PREGUNTAS	PROMEDIO F.
Prof. María Luisa León Mendoza	16	16	16	16
Prof. Oriol Chuchón Gómez	16	16	16	16
Prof. Magna Meneses Callirgos	17	17	17	17
Prof. Delia Anaya Anaya	17	17	17	17
PROMEDIO FINAL:	17			

De la evaluación final la bachiller Elsa Olinda Herreras Gutierrez obtiene el promedio final de: 17 Diecisiete y la bachiller Dhaysy Betsie Lopez Dipaz obtiene el promedio final de: 17 Diecisiete, por lo que firman al pie de la presente para dejar constancia del presente acto académico siendo la una y cincuenta de la tarde se da por concluir el presente acto académico.

.....
Prof. María Luisa León Mendoza
Presidenta (c)

.....
Prof. Oriol Chuchón Gómez
Jurado

.....
Prof. Magno Meneses Callirgos
Jurado

.....
Prof. Delia Anaya Anaya
Jurado

.....
Prof. Pavel Alarcón Vila
Asesor

.....
Prof. Julia Ochatoma Palomino
Secretaria Docente

DEDICATORIA

A mi madre Hermelinda.

Que en paz descansé, Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mi padre Demetrio.

Por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.

A mis familiares.

A Gisela, Liz, Hugo, Sebastián y David por su apoyo en los momentos difíciles; y a todos aquellos que participaron directa o indirectamente en la elaboración de esta tesis.

¡Gracias a ustedes!

DEDICATORIA

A Dios.

Por haberme dado la vida y
permitirme haber llegado hasta
este momento tan importante
de mi formación profesional.

A mi madre Paulina.

Por su amor, trabajo,
sacrificio y el apoyo
incondicional en todos estos
años, su motivación de
superación, gracias por
inculcar en mí el ejemplo de
esfuerzo y valentía.

A mis familiares.

A Zhenia, Ninoshka, Elvis, Dánica por su
cariño y apoyo incondicional, durante
todo este proceso, por estar conmigo en
todo momento, porque con sus
oraciones, consejos y palabras de aliento
hicieron de mí una mejor persona y de
una u otra forma me acompañan en
todos mis sueños y metas.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios por bendecirnos la vida, por guiarnos a lo largo de nuestra existencia, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y de debilidad.

De igual manera mis agradecimientos a la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, por haberme acogido en sus aulas durante nuestros años de estudio y brindado la oportunidad de formarme en esta noble y humana profesión.

A la Escuela Profesional de Obstetricia y a toda la Plana Docente por brindarme sus sabios conocimientos a lo largo de la preparación de nuestra profesión.

De igual forma nuestro más profunda gratitud y reconocimiento al Mg. Pavel Alarcón Vila, por su asesoría, principal colaborador durante todo este proceso, quien con su dirección, conocimiento, enseñanza y colaboración permitió el desarrollo del presente trabajo de investigación.

Agradecer al Hospital de Apoyo Jesús Nazareno por su colaboración y habernos brindado las facilidades durante la ejecución del presente trabajo de investigación.

A todas las personas que nos han apoyado y han hecho que el trabajo se realice con éxito en especial a aquellos que nos abrieron las puertas y compartieron sus conocimientos.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar los factores de riesgo asociados a una cesárea en adolescentes. Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Enero – diciembre 2018.

MATERIAL Y METODOS: Estudio retrospectivo, descriptivo, comparativo y transversal, basado en 170 gestantes adolescentes que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión, de la cuales 108 concluyeron su embarazo por vía vaginal y 62 por cesárea. El instrumento de estudio se realizó a través de ficha de recolección de datos. Se elaboró una base de datos en el programa Microsoft Excel, los cuales fueron introducidas y analizadas en el programa SPSS versión 22; el análisis estadístico de los resultados se efectuó mediante la prueba de chi al cuadrado, nivel de significancia.

RESULTADOS: La frecuencia de cesáreas fue de 305 cesáreas (100%) de las cuales 79.67%(243) fueron en adultas y 20.33%(62) se realizaron en adolescentes. Los factores asociados a la cesárea en adolescentes son: la edad fue entre 14-16 años (18.8%), el estado civil (28.2) eran solteras, el nivel de instrucción con (31.2) fue educación secundaria, la procedencia urbana con un 20%, la talla predominante fue >1.45mt con un (22.4%) y como características gineco-obstétricas el 34.1% fueron primigestas, la edad gestacional el 22.4% tenían entre 37-40 semanas y dentro de las complicaciones gineco – obstétricas la desproporción céfalo pélvica como indicador principal de la cesárea en adolescentes (15.3%) seguido de sufrimiento fetal agudo (6.5%), Macrosomía fetal (5.2%) y ruptura prematura de las membranas (4.1%); y como factor no asociado fue el periodo intergenésico ($p>0.05$).

PALABRAS CLAVES: Embarazo adolescente, cesárea, factor asociado, complicaciones gineco-obstétricas.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the risk factors associated with a caesarean section in adolescents. Jesus Nazareno Support Hospital. January - December 2018.

MATERIAL AND METHODS: A retrospective, descriptive, comparative and cross-sectional study, based on 170 teenage pregnant women who met the inclusion and exclusion criteria, of which 108 concluded their pregnancy vaginally and 62 by caesarean section. The study instrument was carried out through a data collection form. A database was developed in the Microsoft Excel program, which were introduced and analyzed in the SPSS version 22 program; The statistical analysis of the results was carried out using the chi-square test, level of significance.

RESULTS: The frequency of caesarean sections was 305 caesarean sections (100%) of which 79.67% (243) were in adults and 20.33% (62) were performed in adolescents. The factors associated with caesarean section in adolescents are: the age was between 14-16 years (18.8%), the marital status (28.2) were single, the level of education with (31.2) was secondary education, the urban origin with a 20 %, the predominant size was > 1.45mt with a (22.4%) and as gynecological-obstetric characteristics 34.1% were primigestas, the gestational age 22.4% were between 37-40 weeks and within the gynecological-obstetric complications the disproportion cephalic pelvic as the main indicator of caesarean section in adolescents (15.3%) followed by acute fetal distress (6.5%), fetal macrosomia (5.2% 9) and premature rupture of the membranes (4.1%); and as an unrelated factor was the intergenetic period ($p > 0.05$).

KEYWORDS: Teen pregnancy, caesarean section, associated factor, gynecological-obstetric complications.

INTRODUCCIÓN

El embarazo adolescente es un problema social, económico y de salud pública de considerable magnitud, tanto para los adolescentes como para sus hijos, pareja, familia, ambiente y comunidad que los rodea. Las adolescentes que asumen la maternidad tienen mayor probabilidad de tener complicaciones del embarazo como: un parto prematuro, amenazas de aborto, infecciones vaginales, sangrado, pre-eclampsia, eclampsia, anemia e incluso presentar otras complicaciones que podrían llevarla a la muerte.¹

De acuerdo a las últimas estimaciones del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) del año 2017, en el Perú 13 de cada 100 adolescentes entre 15 y 19 años de edad son madres o están embarazadas por primera vez. Estos resultados dan cuenta de un incremento en la prevalencia del embarazo en adolescentes, al pasar de 12.7% a 13.4% entre los años 2016 y 2017. Por otro lado, los reportes anuales del Seguro Integral de Salud (SIS) de partos atendidos en los establecimientos de salud, dan cuenta de alrededor de 2 mil partos cada año en adolescentes menores de 15 años de edad, incluidas niñas de 10, 11 y 12 años de edad. Es decir, al menos 5 niñas de 14 años o menos dan a luz a un hijo/a cada día producto de la violencia sexual.

En 12 departamentos del país también se observan incrementos entre el 2016 y 2017, tal es el caso de: Lima Metropolitana (de 6.2% a 9.6%), Moquegua (de 6.8 a 8.6%), Amazonas (de 19.9% a 23.8%), Ayacucho (de 14.6% a 16.8%), y La Libertad (de 14.8% a 16.8%). Loreto registra la tasa más alta de embarazo en adolescentes (30.4%).²

Según Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2013 Perú, la tasa de cesáreas se incrementó de 21,4% a 26,5% entre los años 2009 y 2013. Al desagregar la cifra por características de la madre, se revelan importantes contrastes. Se observó que las cesáreas se realizaron en el 49,4% entre las mujeres ubicadas en el quintil superior de riqueza; 43.3% entre ellas con educación superior, 41.7% que pertenecen al cuarto quintil de riqueza y 32.7% entre las que tuvieron el primer nacimiento.³⁸

Mediante un estudio retrospectivo, descriptivo, comparativo, transversal. Se analizó historias clínicas en el Hospital de Apoyo Jesús Nazareno de enero a diciembre del 2018. Con el fin de poder identificar los factores de riesgo que estén directamente asociados a una cesárea en adolescentes. Teniendo como resultados la frecuencia de cesáreas fue de 305 cesáreas, de las cuales el 79.7% (243) fueron en adultas y 20.3%(62) en adolescentes. Los factores asociados a la cesárea en adolescentes son: la edad, la talla, el nivel de instrucción, el estado civil, la procedencia, y como características gineco-obstétricas se halló el, la edad gestacional y dentro de las complicaciones gineco – obstétricas la desproporción céfalo pélvica como indicador principal de la cesárea en adolescentes (15.3%) seguido de sufrimiento fetal agudo macrosomía fetal y ruptura prematura de las membranas; y como factor no asociado fue el periodo intergenésico ($p>0.05$)

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I

PROBLEMÁTICA DE LA INVESTIGACIÓN	12
1.1. Planteamiento del problema	12
1.2. Formulación del problema:.....	15
1.3. Objetivos	15
1.3.1. Objetivo general	15
1.3.2. Objetivos específicos	15

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO	16
2.1. Antecedentes.....	16
2.2. Base teórica científica	25
2.3. Definición conceptual de términos básicos	36
2.4. Hipótesis	39
2.5. Variables e indicadores.....	40
2.6. Operacionalizacion de variables	41

CAPITULO III

MATERIALES Y MÉTODOS	43
3.1. Tipo de investigación	43
3.2. Nivel de investigación	43
3.3. Diseño de investigación	43

3.4. Método de estudio	43
3.5. Población y muestra.....	43
3.5.1. Población	43
3.5.2. Muestra	44
3.6. Criterios de inclusión	44
3.7. Criterios de exclusión	44
3.8. Técnica e instrumento de recolección de datos	44
3.8.1. Instrumentos	44
3.8.2. Técnica	44
3.9. Procedimiento de la investigación	45
3.10. Procesamiento y análisis de datos	46
CAPÍTULO IV	
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	47
CONCLUSIONES.....	68
RECOMENDACIONES	69
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
ANEXO	75

CAPÍTULO I

PROBLEMÁTICA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

El embarazo en adolescentes es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el lapso de vida transcurrido entre los 10 y 19 años de edad; también se le suele designar como embarazo precoz, porque se presenta antes de que la madre haya alcanzado la suficiente madurez emocional para asumir la compleja tarea de la maternidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera como embarazo de riesgo a las mujeres menores de 20 años, ya que es la causa principal de mortalidad debido a complicaciones relacionadas con el parto y los abortos practicados en condiciones de riesgo.^{3,4,5}

Algunas publicaciones especializadas coinciden en resaltar que las afecciones maternas, perinatales y del recién nacido, son más frecuentes en las mujeres menores de 20 años. Al resumir una serie de artículos sobre adolescencia y embarazo, concluyen afirmando que esta población presenta mayor riesgo de presentar en el embarazo un desprendimiento prematuro de la placenta, desproporción feto-pélvica, hipertensión gestacional. Concluyendo que las complicaciones durante la gestación aparecen en forma inversa a la edad.

Se estima que 16 millones de niñas de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años dan a luz cada año, y un 95% de esos nacimientos se producen en países en desarrollo. Las adolescentes menores de 16 años corren un riesgo de defunción materna cuatro veces más alto que las mujeres de 20 a 30 años, y la tasa de mortalidad de sus neonatos es aproximadamente un 50% superior según la OMS. En el Hospital de Apoyo Jesús Nazareno, uno de cada 5 partos se produce en mujeres de 11 a 19 años, esta cifra es similar al promedio nacional y Latinoamericano reportado en diversos estudios, además que el porcentaje de cesáreas en población adolescente está representado por el 26.3 %. Algunos adolescentes llegan a ser fértiles aproximadamente 4 ó 5 años antes de ser emocionalmente maduros y muchos se inician sexualmente antes de los 18 años, y de contraer matrimonio. En la literatura se señala que los recién nacidos de madres adolescentes tienen mayor morbilidad, incluyendo peso bajo y depresión al primer minuto, así como, nacer por cesárea.^{6,7}

El aumento del número de cesáreas tiene un impacto económico preciso, la estadía hospitalaria se duplica, a lo que hay que agregar gastos de antibióticos y de la cirugía. La cesárea representa mayor riesgo para la salud de la madre, de infecciones y morbilidad. A inicios de los sesenta la cesárea presentó un incremento que no superaba en países desarrollados lo que se asoció con descensos en la mortalidad materna y neonatal.

En los últimos años los partos por cesárea se han incrementado exponencialmente, sin mejoras adicionales en las tasas de mortalidad materna y neonatal; es una intervención de la que en la actualidad "se abusa indebidamente de la frecuencia en sus indicaciones"; en perjuicio de la mujer, en contra del concepto quirúrgico en general" conservador, del momento,

y del propósito de nuestra especialidad. Siendo algunos motivos del abuso, la ampliación en cuanto a las posibilidades quirúrgicas obtenidas en los antibióticos y la penicilina.^{7,8}

La importancia de este trabajo se basa en que actualmente es necesario entender los diferentes factores de riesgo que se asocian a la cesárea en adolescentes, para conocer cuál es la situación actual y permite propuestas a instituciones responsables en salud y asumir esta problemática de manera efectiva. Desde el punto de vista de salud se busca aportar un mayor conocimiento que verifique cual es la población más vulnerable, así como la frecuencia con que se presenta esta situación en nuestras adolescentes, para así, tener una noción más cercana a la realidad de lo que significa el abordaje de las involucradas.

1.2. Formulación del problema

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a una cesárea en adolescentes.

Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Enero – Diciembre 2018

1.3. Objetivos

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

- ✓ Determinar los factores de riesgo asociados a una cesárea en adolescentes. Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Enero – Diciembre 2018.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Reconocer la frecuencia de cesáreas en las adolescentes que fueron atendidas en el Hospital de apoyo Jesús Nazareno. Enero – diciembre 2018.
- Identificar las características generales asociadas a una cesárea, de las gestantes adolescentes, que fueron atendidas en el Hospital de apoyo Jesús Nazareno. Enero – diciembre 2018.
- Identificar las características gineco – obstétricas asociadas a una cesárea, de las gestantes adolescentes, que fueron atendidas en el Hospital de apoyo Jesús Nazareno. Enero – diciembre 2018.
- Determinar las complicaciones gineco – obstétricas asociadas a una cesárea, de las gestantes adolescentes, que fueron atendidas en el Hospital de apoyo Jesús Nazareno. Enero – diciembre 2018.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Internacionales

Esquivel, Blanca et al (Mexico-2012) Embarazo en adolescentes y no adolescentes: Resultados Obstétricos y perinatales. **Objetivo** Evaluar si existen diferencias en la vía de resolución del parto y en los resultados perinatales entre adolescentes y no adolescentes. **Material y métodos** Estudio prospectivo durante el año 2012 con una muestra de 4271 gestantes, de las cuales 1228 fueron adolescentes (grupo I-28,75%) y 3043 no adolescentes (grupo II-71,25%). **Resultados** En las pacientes del grupo I se encontró un 67,56%(827) de resolución del embarazo por vía vaginal; el 18,46% (226) operación cesárea y un 13,97%(171) para aborto, contra 60,09%(1818), 21,18%(792) y 13,25%(401) del grupo II, ($p < 0,05$); las pacientes del grupo I presentaron menor riesgo de culminar su embarazo por cesárea en comparación con las pacientes del grupo II (RR 0,71; IC 95%: 0,60-084). De acuerdo al tipo de resolución obstétrica entre primigestas adolescentes y no adolescentes se encontraron diferencias en la vía de resolución del embarazo con una incidencia de la operación cesárea del 18,79% y 34,23% respectivamente. **Conclusiones** El embarazo en adolescentes no incrementa el índice de cesáreas.⁹

Gallardo, Henry et al (Colombia – 2015) Adolescencia materna y su asociación con la realización de la cesárea. **Objetivo** evaluar la asociación entre adolescencia y la realización de cesárea en mujeres de 10 a 19 años, en comparación con las que se encuentran en edades entre 19 y 25 años, atendidas en un hospital de Bogotá, y determinar su asociación con variables sociodemográficas y neonatales en términos de prematuros, Apgar y bajo peso al nacer. **Materiales y Métodos** Se realizó un estudio de casos y controles, mediante un muestreo simple aleatorio, teniendo en cuenta el cálculo de una muestra estadística. Se incluyeron un total de 1.304 casos y 2.608 controles. Se incluyeron pacientes primigestas atendidas en una institución por un período de tres años, para determinar asociaciones de riesgo mediante análisis de contraste de hipótesis. **Resultados** El riesgo de cesárea en adolescentes es de (OR 1,13; IC 95% 1,10-1,51). Además, se determinó que en las adolescentes existe un riesgo mayor de bajo peso al nacer (OR 9,4, IC 95% 7,59 -11,76), sin diferencia en cuanto al riesgo de Apgar bajo al minuto y los 5 minutos. **Conclusión** Existe un mayor riesgo de presentar bajo peso neonatal y requerir terminación de la gestación por vía cesárea en adolescentes, en comparación con las adultas jóvenes, especialmente si son menores de 14 años. Se requiere promover campañas para evitar el embarazo adolescente, como principal medida de control sobre esta población.¹⁰

2.1.2. Nacionales

Hernández Hilaraza, George Paul (Tacna- 2011) factores de riesgo asociados a cesárea en adolescentes en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2009-2010.

Objetivo Determinar los factores de riesgo asociados a cesárea en adolescentes en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2009-2010.

Materiales y métodos Es un estudio retrospectivo, descriptivo, comparativo, transversal. Se analizaron 281 historias clínicas de las cuales 95 fueron de gestantes que terminaron en cesárea y 186 de las que terminaron en parto vaginal. **Resultados** En el estudio, el promedio de edad fue de 17 años (de:

1.25). Del total de adolescentes observadas, se encontró que el 97.5% se ubica en la etapa de adolescencia tardía, similar comportamiento se observa por el tipo de parto. El grado de instrucción de mayor predominancia fue el nivel secundaria con 88.3% del total. La convivencia fue representado por 64.8%. La talla >1.45 mts. Fue predominante para ambos grupos comparativos. Además las primigestas se presentaron en mayor porcentaje. También encontramos que el 37.4% de madres adolescentes no tuvieron control prenatal, con mayor porcentaje en el grupo de parto por cesárea. La condición de cesárea anterior y el periodo intergenésico (PI) <2 años tuvo asociación con el tipo de parto (p 0.05). En las complicaciones dentro del parto la desproporción céfalo-pélvico se encontró en un 58.9% solo en las que terminaron en cesárea. La edad gestacional de la población de estudio estuvo representada por el 79.4% en el grupo de 37-40 semanas. La anemia fue una de las enfermedades más frecuentes en las gestantes que terminaron en cesárea y por último se observó que el condiloma acuminado tuvo asociación (p 0.05).

Conclusión Dentro de los factores estudiados se observó mayor frecuencia la adolescencia tardía, la convivencia, el nivel de instrucción secundario, el tener procedencia rural y una talla >1.45 mt, además, ser primigestas, no tener abortos, una edad gestacional de 37 a 40 semanas, y tener anemia con similar comportamiento por tipo de parto; y el tener control prenatal con un predominio en las que terminaron en parto vaginal, por ultimo encontramos en la desproporción céfalo-pélvica. Los factores asociados a cesárea encontrados fueron ser segundigesta. No tener control prenatal, cesárea anterior, periodo intergenésico <2 años, alguna complicación durante el embarazo, y el condiloma acuminado.¹¹

Albornoz, Laidy y Reategui, Nivania (Lima – 2013). Cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Santa Rosa durante el periodo 2010 – 2012. Objetivo Reconocer los factores característicos de las adolescentes sometidas a cesárea. **Material y métodos** Se presenta un estudio descriptivo y cuantitativo. Se incluyeron historias clínicas de adolescentes cesareadas que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, durante el período 2010 – 2012. Encontrándose un total de 530 historias clínicas. **Resultados** Durante el año 2010, la tasa de cesáreas en adolescentes representó el 44,6%, en el 2011 fue de 42,5%, mientras que en el 2012 fue 38,8%. Con respecto a factores socioculturales; en lo referido al grado de instrucción, el 56.0% tenía secundaria incompleta, un 30.8% secundaria completa, el 5.1% universitario incompleto, el 4.0% técnico incompleto, el 2.1% técnico completo, el 1.7% primaria incompleta y un 0.4% primaria completa. En cuanto al estado civil, el 62.5% eran solteras, el 35.3% convivientes y el 2.3% casadas.

En lo referido al número de gestaciones, el 82.1% eran primigestas, el 16,6% segundigestas y el 1,3% multigestas. Con respecto las atenciones prenatales, el 11,7% no presentaba ninguna atención prenatal, el 52,8% tenía menos de seis atenciones prenatales, mientras que el 35,5% presentaban seis o más atenciones prenatales. Así mismo, los principales diagnósticos de cesárea fueron Sufrimiento Fetal Agudo con 9,6%, Distocia Funicular con 7,3%, Pre eclampsia Leve 7,0% y otras indicaciones no especificadas con 8,7%.

Conclusiones Finalmente, con respecto al tipo de cesárea según grado de urgencia, el 71,9% fueron de emergencia mientras que el 28,1% fueron electivas.¹²

Carpio, Walter (Chiclayo – 2015). Operación Cesárea; incidencia e indicaciones en el Hospital Naylamp de EsSalud de Chiclayo durante el periodo enero a diciembre 2015. El trabajo de investigación tuvo como **Objetivo** Saber cuál es la incidencia de la operación cesárea y las indicaciones más frecuentes para su ejecución. Además, **Materiales y métodos** Fue una investigación cuantitativa con enfoque descriptivo transversal y analítico en el Hospital Naylamp de EsSalud-Chiclayo. La muestra estuvo conformada por 154 casos de cesárea en dicho hospital. Se empleó una hoja de recolección de datos. **Resultados** Se analizaron en el programa estadístico SPSS versión 21 encontrándose una incidencia de la operación cesárea de 27.70%, entre las principales indicaciones: Cesárea segmentaria previa con 23,4%; presentación Podálica con 22,7%; Desproporción céfalo-pélvica 21,4%; Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta (DPP) con 8,4%, Macrosomía Fetal Mayor de 4.500 gr 6,5% y cesareada a término 90,0%.

Conclusión Que la incidencia se encuentra en porcentaje superior al recomendado por la OMS, constituyendo las indicaciones absolutas en un 50.6% y las relativas en un 49.4%, haciendo presente que estas cifras podrían no corresponder exactamente ya que como se informó hay un buen número de pacientes que fueron transferidos para la operación cesárea a un centro de mayor resolución.¹³

Bendezú Guido y col (Ica - 2016). Características y riesgos de gestantes adolescentes en el Hospital IV "Augusto Hernández Mendoza", Es Salud. Entre el 1 de Julio 2013 y el 30 de junio de 2014. El trabajo tuvo como **Objetivo** Establecer la incidencia, riesgos y complicaciones del embarazo y parto en las adolescentes. **Materiales y métodos** Entre el 1 de julio de 2013 y el 30 de junio del 2014, se estudió 177 adolescentes que tuvieron su parto en el hospital y se comparó sus características con un grupo control de 177 gestantes de 20 a 34 años. La información se obtuvo de las historias clínicas de las pacientes y registros de partos. **Resultados** El embarazo en las adolescentes representó el 6,63% de la población atendida. Las complicaciones del embarazo fueron anemia (18,2%) e infecciones urinarias (14,1%) ocurrieron más en adolescentes, en tanto, las enfermedades hipertensivas (17,5%) lo fueron en las gestantes mayores. La incompatibilidad céfalo – pélvico y el sufrimiento fetal agudo fueron las principales indicaciones de cesárea en las adolescentes. La frecuencia de complicaciones del puerperio en los casos observados fue mayor que en los controles, siendo estadísticamente significativo ($p < 0,05$).

Conclusiones El embarazo en la adolescencia tiene riesgo elevado de complicaciones, haciendo necesario el desarrollo de políticas de salud, educación sexual y sanitaria encaminada a reducir las tasas de embarazo en este grupo etario.¹⁴

Gerónimo Mamani, Jetzebel Lucero (Lima – 2017). Factores asociados en gestantes adolescentes del hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores, Lima -2017. El trabajo de investigación tuvo como **Objetivo general:** determinar los factores asociados a la cesárea en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora, 2017. **Materiales y métodos** Fue una investigación descriptivo, correlacional, retrospectivo y de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 130 gestantes adolescentes, con parto por vía cesárea. **Resultados** Los factores maternos, fetales y ovulares más importantes que se presentaron en gestantes adolescentes fueron: pre eclampsia (22,3%), expulsivo prolongado (8,5%), sufrimiento fetal agudo (4.6%), macrosomía fetal (2,3%), ruptura prematura de membranas (77,7%) y oligohidramnios severo (2,3%); y las que se relacionan con la cesárea ($P>0,05$) son: la pelvis estrecha, la desproporción céfalo – pélvica, el embarazo múltiple, macrosomía fetal, distocias de presentación, restricción de crecimiento intrauterino y finalmente oligohidramnios severo. **Conclusiones** Los factores asociados maternos, fetales y ovulares más importantes que se presentaron en gestantes adolescentes fueron: la pelvis estrecha ($p=0,000$), la desproporción céfalo-pélvica ($p=0,000$), embarazo múltiple ($p=0,001$), macrosomía fetal ($p=0,000$), distocias de presentación ($p=0,001$), restricción de crecimiento intrauterino ($p=0,001$) y finalmente oligohidramnios severo ($p=0,004$).¹⁵

Paucar, Lisbeth y Gutiérrez, Erika (Ayacucho-2015) Frecuencia e indicaciones de parto por cesárea en adolescentes. Hospital Regional de Ayacucho. Septiembre a diciembre 2014. Objetivos Establecer la frecuencia e indicaciones de parto por cesárea en gestantes adolescentes durante los meses de septiembre a diciembre del 2014, en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho. **Materiales y métodos** Investigación aplicada, cuantitativa descriptiva de corte transversal, teniendo como población 148 gestantes adolescentes **Resultados** La frecuencia de parto por cesárea de gestantes adolescentes es de 36% (53) cuyas indicaciones más frecuentes para la cesárea fueron: la desproporción céfalo pélvica (20,6%) sufrimiento fetal agudo (11,3%) y la distocia de contracción (9,4%) con un predominio de cesáreas de urgencia 89% (47). **Conclusión** Las características maternas como la edad gestacional, atención prenatal, APGAR neonatal, nivel de instrucción, procedencia, estado civil y condición económica no tienen relación estadísticamente significativa ($p>0,05$) con la incidencia de cesáreas en las adolescentes.¹⁶

Palomino, Denis Lizbeth (Ayacucho-2017) Factores asociados a parto por cesárea en adolescentes y adultas. Hospital Regional de Ayacucho. Setiembre – Noviembre 2016. Objetivos Conocer los factores asociados a parto por cesárea en gestantes adolescentes y adultas. Hospital Regional de Ayacucho, durante los meses de setiembre a noviembre 2016. **Materiales y métodos** Investigación aplicada, cuantitativa descriptiva, no experimental – analítico, transversal, prospectivo y comparativo. como población 90 gestantes adolescentes y adultas.

Resultados La incidencia de cesárea en el hospital regional de Ayacucho durante los meses de setiembre a noviembre del 2016 fue de 376 cesáreas (100%) de las cuales 85%(319) fueron en adultas y 15%(57) se realizaron en adolescentes. **Conclusión** Los factores asociados a la cesárea en las adolescentes ($p < 0,05$) son: La paridad, el nivel de instrucción, el estado civil, la condición económica y la desproporción céfalo pélvica.¹⁷

2.2. BASE TEÓRICA CIENTÍFICA

2.2.1. Adolescencia

Según la OMS es una etapa de la vida humana en que:

- ✓ Biológicamente: El individuo progresa desde la aparición inicial de las características sexuales secundarias hasta la madurez sexual.
- ✓ Psicológicamente: Los procesos psicológicos del individuo y las pautas de identificación evolucionan desde los del niño a las del adulto.
- ✓ Socialmente: Se realiza una transición del estado de dependencia socioeconómica total a una relativa independencia.

Se divide en tres etapas:

- Adolescencia temprana: 10 a 13 años.
- Adolescencia media: 14 a 16 años.
- Adolescencia tardía: 17 a 19 años.¹⁸

Es común encontrar en el imaginario social, pero también en algunas concepciones académicas, una visión y una ideología implícita de la adolescencia como una etapa compleja y conflictiva y un enfoque estereotipado y negativo de las/los adolescentes como personas rebeldes, violentas, con una apariencia llamativa y promiscuos sexualmente, aunque otras concepciones informan de una adolescencia que se aparta del prototipo anterior. Los inicios de la adolescencia, espacio de tránsito entre la niñez y la adultez, se asocian con los cambios puberales, la madurez de los órganos biológicos y la aparición de la menarquía, en el caso de las mujeres. La adolescencia es una construcción social.

La prolongación de la duración de la adolescencia, apreciable en la actualidad, incide en la precocidad con que las y los adolescentes se inician en diversas experiencias que antes se daban a edades superiores. La edad de iniciación de relaciones sexuales completas es una de ellas. La aceleración de la madurez fisiológica y el inicio a edades más tempranas de relaciones sexuales coitales y desprotegidas constituyen variables asociadas al embarazo en la adolescencia. Esto ha traído aparejado el aumento del número de embarazos no deseados y de enfermedades de transmisión sexual.¹⁹

2.2.2. Embarazo en la adolescencia

El embarazo en adolescentes es aquella condición de gestación que ocurre en la adolescencia, que comprende mujeres de 10 hasta 19 años de edad.

Es una condición que mundialmente se encuentra en aumento principalmente en edades más precoces, debido a que cada vez con más frecuencia, la proporción de adolescentes sexualmente activas es mayor, dado fundamentalmente por el inicio precoz de la actividad sexual.

El embarazo en adolescente se ha convertido en un problema de salud pública importante, debido a que básicamente son las condiciones socioculturales las que han determinado un aumento considerable en su prevalencia, aconteciendo con mayor frecuencia en sectores de condición socioeconómicos más disminuidos, aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad.²⁰

El embarazo en mujeres adolescentes implica alto riesgo obstétrico para el binomio madre-niño, cabe resaltar que los efectos adversos no son sólo consecuencia de la edad materna, sino de la interacción de distintos factores

biológicos y sociales, en consecuencia, sufren posteriormente problemas de tipo socioeconómicos y psicológicos, como la ansiedad, depresión, deserción escolar, mayor dificultad para conseguir empleo, abandono familiar y de su pareja y finalmente mayor pobreza en la población.²¹

En los tres últimos años, la mortalidad materna en adolescentes ha registrado una tendencia al aumento, pasando de 4.6% en el 2013 a 9.6% en el 2015, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2015) debido especialmente a casos de violencia sexual, la poca información sobre métodos de planificación familiar y la falta de educación sexual en los colegios. Siendo la mayor proporción de población adolescente vive en zona urbana 65 % y el 35% en zona rural. Siendo las cifras mucho más altas entre el grupo adolescente más pobre y con menor nivel educativo. Las cifras coinciden con un inicio temprano de las relaciones sexuales, al promediar los 12 años de edad; cabe indicar que 3 de 10 mujeres sexualmente activas son adolescentes; a ello se suma que el 87.7% de jóvenes que integran este grupo etario no usan métodos anticonceptivos modernos. Comparando el patrón reproductivo de las mujeres más pobres con las de mayores ingresos, se observa que existe una diferencia de más de 6 años en el inicio de la maternidad. Mientras que, a los 26 años, la mujer pobre tiene su tercer hijo, la otra tiene su primer hijo. Asimismo, señala el informe que los embarazos a muy temprana edad forman parte del patrón cultural de algunas regiones y grupos sociales. En las grandes ciudades generalmente no son deseados (planificados) y se dan en parejas que no han iniciado su vida en común; o tienen lugar en situaciones de unión consensual, lo que generalmente termina con el abandono de la mujer y del hijo, configurando así el problema social de la "madre soltera."²²

2.2.3. Cesárea

La cesárea es un procedimiento quirúrgico obstétrico mediante el cual se extrae el producto de la concepción realizando una incisión a través de la pared abdominal y el útero.³⁰

La operación cesárea, inicialmente reservada sólo para algunos casos excepcionales, es hoy en día, por mucho, la cirugía abierta más frecuentemente realizada en las mujeres de cualquier edad. De hecho, en las últimas dos décadas, su uso se ha incrementado, tanto que lo que inicialmente surgió como una solución, ahora se vislumbra como un problema la que ha sido conducida.

La cesárea, definida como el nacimiento del feto a través de incisiones en las paredes abdominal (laparotomía) y uterina (histerotomía), ha representado a inicios de la década de 1970 a lo mucho el 5% de los partos en los países desarrollados; sin embargo, para mediados de la década de 1990 ésta ya incluso había superado el 50% en algunos países. La causa de este fenómeno es multifactorial. Entre las principales condiciones que han determinado el incremento de las cesáreas en todo el mundo tenemos: el incremento del embarazo adolescente, la mejora de las técnicas quirúrgicas y anestésicas, los cambios demográficos y socioculturales, una mejor percepción de seguridad de este procedimiento, el incremento de las “prácticas defensivas” por parte de los médicos gineco-obstetras, la relativa mejora de los sistemas de salud, y el aumento de la solicitud directa de las pacientes.²⁴

La frecuencia de realización de cesáreas se presenta, tanto en el ámbito público como en el privado, aunque es más marcado en estos últimos. Sardiñas dice que es la era de la moda de la cesárea.

La Organización Mundial de la Salud señala que en una institución el porcentaje de cesáreas debe ser de un 15 %, mientras que el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) lo fija en 15,5 %. En el mundo desarrollado desde la década del 70, las tasas de parto por cesárea se han elevado en forma sostenida, evidenciándose que en algunas poblaciones los partos por cesárea representan la cuarta parte o más de todos los nacimientos. Los índices más altos de cesárea están en América Latina, con un rango entre 16 % y 40 reportan, que en Puerto Rico la frecuencia es de 45 %. En nuestro país, la frecuencia de cesáreas es variable, dependiendo de si se trata de un Hospital del Ministerio de Salud, de la Seguridad Social, de un Hospital universitario o de la práctica privada.¹⁴

2.2.4. Cesárea en adolescentes

La alta morbilidad de cesárea en adolescentes, constituye un importante problema de salud pública en los actuales momentos.

En lo que respecta a las patologías del parto, se señala que mientras más joven es la adolescente, mayores son las alteraciones que pueden ocurrir en relación al parto. Esto es debido principalmente a una falta de desarrollo de la pelvis materna, lo que condicionaría una mayor incidencia de desproporción cefalopélvica, constituyendo esto, una causa importante de trabajo de parto prolongado y partos operatorios.

Sin embargo, a pesar de los grandes avances en materiales quirúrgicos y la modernización de las técnicas operatorias y anestésicas, la morbimortalidad materna asociada a la cesárea sigue siendo tres veces superior a la de un parto vaginal.

Una cesárea no deja de ser una cirugía abdominal importante, y por eso presenta más riesgos que el parto vaginal²⁹

Si bien es cierto hoy en día, las cesáreas son por lo general procedimientos con un alto grado de seguridad; no debemos olvidar que cualquier tipo de cirugía conlleva riesgos como: aumento del sangrado (que podría requerir una transfusión de sangre), infecciones de la herida operatoria, daño accidental al intestino y/o vejiga, reacción adversa a medicamentos, muerte materno – fetal (muy poco frecuente) y posibles daños al neonato. Además de tener presente las implicaciones médico-legales que obligan a justificar plenamente los riesgos de la ejecución de este procedimiento.

La cesárea, juega un papel muy importante dentro de las técnicas quirúrgicas obstétricas, debido a que su uso disminuye la mortalidad y morbilidad feto-materna, no estando tampoco exenta de peligros, por lo que su indicación debe obedecer a motivos estrictos, y tener una técnica y condiciones adecuadas.

Un diagnóstico incorrecto de la indicación de cesárea conduce a estados de morbilidad materna y perinatal y a intervenciones médicas innecesarias.³⁰

Sin embargo; la práctica de cesárea en adolescentes, además de los factores que la caracterizan, se torna más preocupante debido a que es considerado un grupo vulnerable. Se considera población adolescente a la que se encuentra entre los 10 a los 19 años de edad. En términos simples y convencionales se trata de un período de desarrollo de los individuos entre la niñez y la edad adulta.

De igual forma, el embarazo en la adolescente es considerado de alto riesgo, aunado a que la mayoría de ellas son primigestas, lo cual tiende a estar asociado a una mayor incidencia de resolución del embarazo por vía abdominal en comparación con embarazadas no adolescentes; asimismo la resolución del embarazo por cesárea, trae consigo mayores costos para las unidades de salud y los pacientes, además que la recuperación tiene una mayor duración y se asocia a un mayor riesgo de complicaciones maternas y neonatales. Sin embargo; no debería entenderse a la adolescencia como un factor indicativo o predisponente para la cesárea, ya que toda paciente requiere una juiciosa y adecuada valoración obstétrica, puesto que son las normas obstétricas y no la edad de la paciente, los que determinan la conducta a seguir en la atención de parto.

Cabe resaltar además que, el embarazo en la adolescencia es un problema con profundas implicaciones psíquicas, sociales y médicas. El incremento del embarazo adolescente, su contribución al crecimiento acelerado de la población, sus efectos adversos en la salud de la madre y el recién nacido y su contribución a la persistencia de la pobreza son temas de vital importancia ya que no sólo es un problema de salud pública sino también social que implica a todos. La incidencia del parto por vía abdominal continúa incrementándose en diversos establecimientos de salud a lo largo del país, esto acarrea problemática no solamente desde el punto de vista médico, sino también psico-social y asistencial.²⁴

2.2.5 Factores de riesgo de la cesárea

La cesárea es un procedimiento que se diseñó para extraer al feto, mediante laparotomía e histerotomía, cuando se dificulta el parto por vía vaginal. Es una intervención quirúrgica conocida desde hace muchos años y a través del tiempo ha sufrido modificaciones en su técnica. Al inicio se consideraba una intervención temible porque producía elevadas tasas de morbilidad y mortalidad materno-fetal. En la actualidad es un procedimiento útil y muy apreciado, ya que los progresos en anestesia, analgesia, transfusión sanguínea y administración de antimicrobianos han sido satisfactorios.²⁵

La valoración del riesgo es necesaria para identificar a la mujer embarazada, al feto y/o al recién nacido en peligro de presentar una enfermedad o desarrollar una lesión residual permanente. Siendo el embarazo de alto riesgo es aquel en que la madre, el feto y/o neonato tienen una mayor probabilidad de enfermar, morir o padecer secuelas antes o después del parto.²⁶

- ❖ **Generales:** Edad, talla, procedencia, estado civil, grado de instrucción.
- ❖ **Gineco-obstétricos:** Gestas, edad gestacional, complicaciones en el embarazo^{27,28}

COMPLICACIÓN DURANTE EL EMBARAZO:

Hipertensión gestacional La hipertensión arterial durante la gestación es una de las principales causas de mortalidad y morbilidad materna y produce además restricción del crecimiento fetal y prematuridad, entre otras complicaciones perinatales. Este concepto es válido tanto para los países industrializados como para aquellos en desarrollo. Su frecuencia, en algunas regiones del mundo, puede alcanzar hasta un 35%.

La hipertensión puede presentarse sola o asociada con edema y proteinuria. La presencia de edema como signo patológico es un hecho controvertido, ya que hay muchas embarazadas que lo presentan sin patología asociada. Sin embargo, es detectado en los casos más severos y prácticamente esta siempre en la preeclampsia severa y en la eclampsia. La proteinuria es un indicador de severidad del cuadro en forma inequívoca. Es de aparición tardía y a mayor tensión arterial diastólica mayor es la probabilidad de que la proteinuria sea significativa. De cualquier modo, la preeclampsia, es decir, el síndrome hipertensión + proteinuria, puro o sobreimpuesto a hipertensión previa, es lo que realmente aumenta el riesgo de morbilidad materna y perinatal.³¹

Hemorragia de la segunda mitad del embarazo Sangrado vaginal variable que puede estar acompañado o no de dolor en una mujer con más de 22 semanas de gestación, con o sin trabajo de parto.

- Placenta previa: implantación anormal de la placenta por carencia de superficie inadecuada en el fondo uterino.
- Desprendimiento prematuro de placenta: Aumento brusco de la presión venosa uterina en el espacio inter veloso, rotura, hematoma y desprendimiento placentario.
- Rotura uterina: Rotura de las fibras musculares del útero sujeto o estiramiento excesivo, que vence su capacidad de distensión.³⁴

Actualmente según la revista mexicana de anestesiología (2018) nos muestra que la hemorragia obstétrica es la principal causa de mortalidad materna en naciones en vías de desarrollo, lo cual la posiciona como una de las principales problemas de salud pública mundial.³²

Desproporción céfalo pélvica La desarmonía feto-pélvica conocida también como desproporción feto-pélvica o céfalo-pélvica, se define como la imposibilidad del parto por vía vaginal, cuando el conducto pélvico es insuficiente para permitir el paso del feto ya sea por disminución de las dimensiones de la pelvis en relación a un determinado feto o bien por que el volumen parcial o total del feto resulta excesivo para una determinada pelvis. Es decir, hay una pérdida de la relación armoniosa feto-pélvica.³³

Ruptura prematura de membrana Rotura de las membranas corioamnióticas después de las 22 semanas de gestación y antes del inicio del trabajo de parto.

Ruptura prematura de membranas prolongada: mayor de 24 horas.³⁴

Sufrimiento fetal agudo El sufrimiento fetal es un procedimiento patológico originado por la insuficiencia de oxígeno en la sangre y órganos fetales, con acumulación de productos insuficientes oxidados que llevan a la acidosis o la hipoxia de feto.³⁵

Macrosomía fetal Se considera Macrosomía fetal a los fetos cuyos pesos es superior a 4500 gramos, según sexo o etnia, o cuando el feto evaluado se le consigna un peso superior al percentil 95 para la edad gestacional.³⁵

Oligohidramnios Disminución de líquido amniótico (LA) para una determinada edad gestacional. Se considera la disminución de líquido amniótico por debajo de la normalidad empleando técnicas de dilución de colorantes o histerotomía. En doce estudios se ha encontrado una media de líquido amniótico, en la semana 30 de 817ml y se ha definido el oligohidramnios cuando el volumen de líquido amniótico es inferior a 318ml.

Actualmente para definir el oligohidramnios la técnica más utilizada es la ecografía y se basa en la estimación del índice del líquido amniótico o ILA que define medidas por debajo de 500ml para una gestación de 36 a 40 semanas, tomados en tres oportunidades y luego expresado en promedios.³⁵

Periodo intergenésico El periodo intergenésico es importante para la planificación de embarazos subsecuentes a partos, cesáreas y abortos. Se considera periodo intergenésico aquel que se encuentra entre la fecha del último evento obstétrico y el inicio del siguiente embarazo. Se sugiere como tiempo recomendado de espera para iniciar un siguiente embarazo mínimo 18 meses (periodo intergenésico corto, PIC), y no más de 60 meses (periodo intergenésico largo, PIL), para reducir el riesgo adversos maternos, perinatales y neonatales. Se enfatiza que aun la dehiscencia de histerorrafia es una grave complicación del PIC menor a 6 meses posterior a una cesárea, no es única complicación. De igual manera es tomar en cuenta el PIL durante la evolución obstétrica, debido a su asociación con preeclampsia.³⁶

❖ 2.3. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE TÉRMINOS BÁSICOS

Adolescencia Según la OMS, es la etapa comprendida entre los 10 a 19 años de edad. Es una etapa puente entre la infancia y la edad adulta que constituye grandes cambios fisiológicos.

Cesárea Operación, terminación quirúrgica del embarazo o del parto mediante apertura operatoria del útero en caso de peligro para la madre o el niño.

Factor Condición que influye favorable o desfavorablemente en el riesgo del embarazo en adolescente.

Factor asociado Causas que incrementan la posibilidad de padecer alguna complicación en el embarazo, parto o puerperio y culminar el embarazo en cesárea.

Riesgo Es la probabilidad de enfermar o morir, como medida epidemiológica de asociación mide la probabilidad de exposición a un evento mórbido.

Frecuencia Es una magnitud que mide el número de repeticiones por unidad de tiempo de cualquier fenómeno o suceso periódico. En este caso es el número de cesáreas en las adolescentes.

Complicaciones Suceso patológico que sobreviene en el transcurso de la gestación y/o parto, que afecta a la madre y al feto.

Edad Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.

Talla La estatura o talla es la considerada altura humana, la distancia medida normalmente desde pies a cabeza, en centímetros o metros; pies o pulgadas en el sistema anglosajón, estando la persona erguida/parada, generalmente descalza.

Estado civil Es la condición marital de la persona ante la ley. Sus indicadores son soltera, casada, conviviente, otros.

Nivel de instrucción Es el grado de educación escolarizada que ha alcanzado una persona. Se distingue las siguientes categorías: iletrada, primaria, secundaria y superior.

Procedencia Origen, principio de donde nace o procede la gestante. Lugar habitual donde vive actualmente la gestante adolescente y adulta.

Gesta Clasificación de una mujer por el número de gestaciones.

Hemorragia Salida de sangre de las arterias, venas o capilares por donde circula, especialmente cuando se produce en cantidades muy grandes.

Hipertensión La hipertensión arterial es una enfermedad frecuente que afecta a un tercio de la población adulta. Se produce por el aumento de la fuerza de presión que ejerce la sangre sobre las arterias de forma sostenida. Es una enfermedad que no da síntomas durante mucho tiempo y, si no se trata, puede desencadenar complicaciones severas como infarto de corazón, accidente cerebrovascular, daño renal y ocular, entre otras complicaciones. Se puede evitar si se controla adecuadamente.

Sufrimiento fetal Alteración de la frecuencia cardíaca fetal con hipoxia y acidosis fetal

Ruptura prematura de membrana La rotura prematura de membranas puede ocurrir a término (≥ 37 semanas) o antes (llamada rotura prematura de membranas pretérmino si ocurre antes de las 37 semanas).

Desproporción céfalo pélvico Se produce cuando la cabeza o el cuerpo de un bebé son demasiado grandes para pasar por la pelvis de la madre. Se cree que la verdadera Desproporción céfalo pélvica es raro, pero muchos casos de “falta de progreso” durante el parto se les da un diagnóstico de la DCP.

Macrosomía fetal El término es usado para describir el desarrollo o tamaño excesivo de un feto y/o recién nacido con un peso por arriba del promedio.

Oligohidramnios Es un volumen deficiente de líquido amniótico; se asocia con complicaciones maternas y fetales.

Edad Gestacional. Es el término común usado durante el embarazo para describir qué tan avanzado está éste. Se mide en semanas, desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha actual. Un embarazo normal puede ir desde 38 a 42 semanas.

Periodo Intergenésico Se sugiere como tiempo recomendado de espera para iniciar un siguiente embarazo mínimo 18 meses.

2.4. Hipótesis

Los factores de riesgo tales como la edad, estado civil, grado de instrucción, procedencia, talla, gesta, periodo intergenésico, edad gestacional, complicaciones gineco- obstétricas están asociados a una cesárea en adolescentes atendidas en el Hospital de apoyo Jesús Nazareno. Enero – diciembre 2018.

2.5. Variables e indicadores

Variable Independiente: Factores de riesgo asociados

Variable dependiente: Cesárea en adolescentes

2.6. Operacionalización de variables

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	INSTRUMENTO
INDEPENDIENTE				
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento	Temprana Media Tardía	• 10-13 años • 14- 16 años • 17-19 años	Ficha de recolección de datos
Estado civil	Situación Conyugal	Nominal	• Casada • Soltera • Conviviente	Ficha de recolección de datos
Grado de instrucción	Es el nivel de escolaridad a la fecha, expresado en años aprobados	Ordinal	• Analfabeta • Primaria • Secundaria • Superior	Ficha de recolección de datos
Procedencia	Lugar de origen de donde procede una persona	Nominal	• Urbana • Rural	Ficha de recolección de datos
Talla	la distancia medida normalmente desde pies a cabeza	Nominal	• <=1.45 m • >1.45 m	Ficha de recolección de datos
Gesta	Clasificación de una mujer por el número de hijos nacidos vivos y fetos muertos.	Nominal	• Primigestas • Multigesta	Ficha de recolección de datos
Edad gestacional	Es el término común usado durante el embarazo para describir qué tan avanzado está. Se mide en semanas.	Nominal	• >37 semanas • 37 – 40 semanas • < 40 semanas	Ficha de recolección de datos
Periodo intergenésico	Se sugiere como tiempo recomendado de espera para iniciar un siguiente embarazo mínimo 18 meses	Nominal	• Ninguno • <2 años • 2 – 4 años	Ficha de recolección de datos
Complicaciones gineco - obstétricas	se refieren a trastornos sufridos durante el embarazo, el parto y el trabajo de parto.	Nominal	• Si • No	Ficha de recolección de datos

Hemorragia en la segunda mitad del embarazo	Salida de sangre de las arterias, venas o capilares, cuando se produce en cantidades muy grandes.	Nominal	• Placenta previa • Rotura uterina • Desprendimiento prematuro de placenta	Ficha de recolección de datos
Hipertensión inducida por el embarazo	Se produce por el aumento de la fuerza de presión que ejerce la sangre sobre las arterias de forma sostenida.	Nominal	• Hipertensión gestacional • Hipertensión crónica • Preeclampsia • Eclampsia • Síndrome de Hellp • Ninguna	Ficha de recolección de datos
Desproporción céfalo – pélvica	cuando la cabeza o el cuerpo de un bebé es demasiado grande para pasar por la pelvis de la madre.	Nominal	• Si • No	Ficha de recolección de datos
Ruptura prematura de membrana	es una ruptura de las membranas (bolsa amniótica) antes de que comience el trabajo de parto.	Nominal	• Si • No	Ficha de recolección de datos
Sufrimiento fetal agudo	Alteración de la frecuencia cardíaca fetal con hipoxia y acidosis fetal	Nominal	• Si • No	Ficha de recolección de datos
DEPENDIENTE				
Cesárea	Terminación quirúrgica del embarazo o del parto mediante apertura operatoria del útero por vía abdominal.	Si No	• Parto por Cesárea • Parto vaginal	Ficha de recolección de datos

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODO

3.1. Tipo de investigación

Aplicada

3.2. Nivel de investigación

Cuantitativa

3.3. Diseño de investigación

No experimental – analítico

3.4. Método de estudio

Según el diseño se trata de un estudio retrospectivo, descriptivo, comparativo y transversal.

3.5. Población y muestra

3.5.1. Población

Constituida por todas las gestantes adolescentes, cuyo parto (vaginal y cesárea) fue atendido en el Hospital de apoyo Jesús Nazareno. Enero – diciembre. 2018.

3.5.2. Muestra

La muestra estuvo constituida por 170 gestantes adolescentes, de las cuales 108 concluyeron su embarazo por vía vaginal y 62 por cesárea. Atendidas en el Hospital de apoyo Jesús Nazareno. Enero – diciembre, 2018.

Tipo de muestreo

El tipo de muestreo fue no probabilístico, intencional por conveniencia.

3.6. Criterios de inclusión

Se incluyó en el estudio a las adolescentes cuyos partos fueron atendidos durante el período en estudio y que cumplan con los siguientes parámetros:

- ✓ Adolescentes en edad comprendida entre los 10-19 años.
- ✓ Atención de parto cesárea y parto vaginal en el Hospital de apoyo Jesús Nazareno. Enero – diciembre. 2018.

3.7. Criterios de exclusión

- ✓ Las gestantes cuya historia clínica estén incompletas.
- ✓ Las gestantes > 20 años atendidas en el Hospital de apoyo Jesús Nazareno, Enero – diciembre, 2018.

3.8. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.8.1. Instrumento

- Ficha de recolección de datos

3.8.2. Técnica

- Revisión de Historias Clínicas

3.9. Procedimiento de la investigación

- ✓ Mediante el decano de la Facultad de Ciencias de la Salud se solicitó a la Dirección del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno la autorización correspondiente para la recolección de los datos.
- ✓ De igual forma se coordinó con el Director y Jefe de Servicios y áreas involucradas, del Hospital de apoyo Jesús Nazareno para la autorización en el acceso a las Historias clínicas seleccionadas de las pacientes según criterios de inclusión.
- ✓ Para la selección de los casos en una primera etapa se revisó el libro de ingresos del servicio de Gineco-Obstetricia y se elaboró la lista de historias clínicas a revisar.
- ✓ En una segunda fase, se solicitó las historias clínicas al área de archivo de historias clínicas para la revisión respectiva de las mismas para la recolección de la información.
- ✓ El método para la recolección de la información fue mediante la revisión de historias clínicas y la ficha de recolección de datos. La ficha de recolección de datos recolecta información como: edad, estado civil, grado de instrucción, procedencia, talla, gesta, periodo intergenésico, edad gestacional, complicaciones gineco- obstétricas.

3.10. Procesamiento y análisis de datos

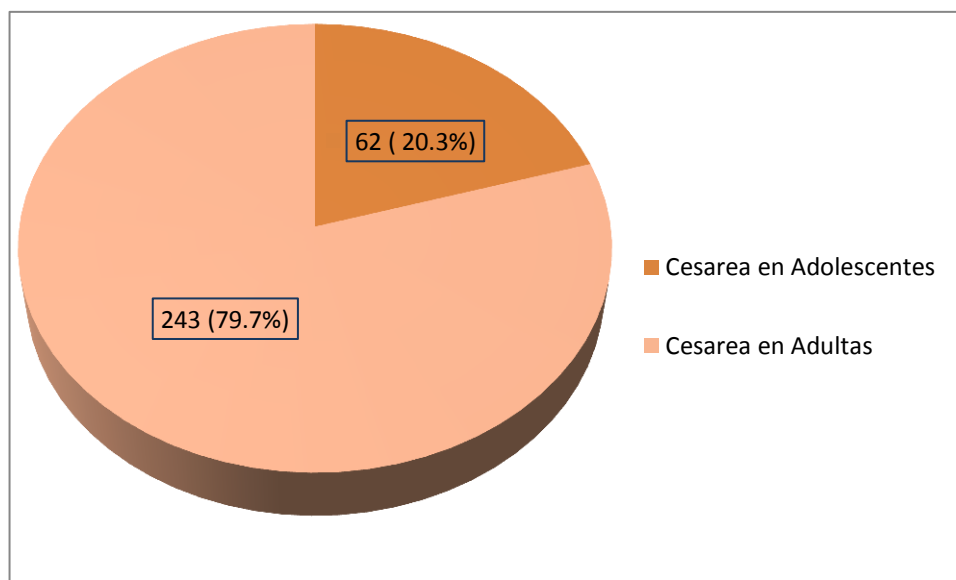
- ✓ Con la información obtenida se elaboró una base de datos de lo recolectado en el programa Microsoft Excel, los cuales fueron introducidas y analizadas en el programa SPSS versión 22 con el (*Statistical Package for Social Science*). Con los cuales se realizó las tablas de contingencia; el análisis estadístico de los resultados se efectuó mediante la prueba de chi al cuadrado, con la finalidad de determinar el nivel de significancia de las variables

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Gráfico 1

Frecuencia de cesárea en el Hospital de apoyo Jesús Nazareno. Enero – diciembre 2018



Fuente: Historia clínica-ficha de recolección de datos

El gráfico 1, muestra la frecuencia de cesáreas, durante el periodo en estudio se realizó un total de 305 cesáreas (100%) de las cuales 79.7%(243) fueron en adultas y 20.3%(62) se realizaron en adolescentes.

Se concluye del gráfico que el mayor porcentaje de cesáreas fueron en adultas con un (79.7%) seguido cesárea en adolescentes 20.3 %durante los meses de enero a diciembre del 2018.

Estos resultados son similares a lo encontrado por **Esquivel, Blanca et al (Mexico-2012)** en su investigación *Embarazo en adolescentes y no adolescentes*: Realizó un estudio prospectivo durante el año 2012 con una muestra de 4271 gestantes, de las cuales 1228 fueron adolescentes (grupo I- 28,75%) y 3043 no adolescentes (grupo II-71,25%). Encontrando los siguientes resultados; en las pacientes del grupo I se encontró un 67,56%(827)

de resolución del embarazo por vía vaginal; el 18,46% (226) operación cesárea y un 13,97%(171) para aborto, contra 60,09%(1818), 21,18%(792) y 13,25%(401) del grupo II.

Asimismo, a lo encontrado por **Palomino, Denis Lizbeth** en su investigación ***Factores asociados a parto por cesárea en adolescentes y adultas. Hospital Regional de Ayacucho. Setiembre – Noviembre 2016;*** realizo una investigación aplicada, cuantitativa descriptiva, no experimental – analítico, transversal, prospectivo y comparativo. Como población 90 gestantes adolescentes y adultas; teniendo como Resultados: La incidencia de cesárea fue de 376 cesáreas (100%) de las cuales 85%(319) fueron en adultas y 15%(57) se realizaron en adolescentes. .

La Organización Mundial de la Salud considera como embarazo de riesgo el que ocurre en mujeres menores de 20 años, ya que es la causa principal de mortalidad de las jóvenes que tienen entre 15 – 19 años de edad debido a las complicaciones relacionadas con el parto.

Mientras más joven es la adolescente, son más frecuentes las complicaciones del parto. Esto sería debido principalmente a la falta de desarrollo de la pelvis materna, constituyendo una causa importante de trabajos de parto prolongados y cesáreas. En el presente estudio la frecuencia de cesáreas en el Hospital de apoyo Jesús Nazareno, el total fue 305, y de las cuales 62 fueron cesáreas en adolescentes, dando como resultado una frecuencia de 20.3%

Tabla 1

Características generales: Edad

Hospital de apoyo Jesús Nazareno. Enero – diciembre. 2018

Edad	Tipo de Parto				Total	
	Cesárea		Vaginal			
	N	%	n	%	N	%
10 - 13 años	2	1.2	0	0	2	1.2
14 - 16 años	32	18.8	35	20.6	67	39.4
17-19 años	28	16.5	73	42.9	101	59.4
Total	62	36.5	108	63.5	170	100

Fuente: Historias clínicas – ficha de recolección de datos

La Tabla 1 nos muestra la edad de las adolescentes gestantes cuyo parto (vaginal – cesárea) fueron atendidos en el Hospital de apoyo Jesús Nazareno. Enero – diciembre 2018. Donde se observa que del 100% (170) gestantes adolescentes, el 59.4%(101) tienen entre 17 a 19 años, seguido del 39.4%(67) tienen 14-16 años y el 1.2%(2) tiene entre 10-13 años de edad.

Se concluye de la tabla que la mayor frecuencia de cesárea en adolescentes se presentó en las pacientes que tenían entre 14- 16 años de edad con un 18.8%(32).

Estos resultados son similares a lo encontrado por **Hernández Hilasaza, George Paul** en su investigación: **factores de riesgo asociados a cesárea en adolescentes en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2009-2010**. Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, comparativo, transversal. Se analizaron 281 historias clínicas de las cuales 95 fueron de gestantes que

terminaron en cesárea y 186 de las que terminaron en parto vaginal. Hallando los siguientes resultados: el promedio de edad fue de 17 años. Del total de adolescentes observadas, se encontró que el 97.5% se ubica en la etapa de adolescencia tardía, similar comportamiento se observa por el tipo de parto.

En el presente estudio se encontró que el 18.8% de las gestantes adolescentes tienen entre 14-16 años de edad. Esto nos señala que con respecto a la vida sexual de las adolescente. Lo hallado nos permite precisar el grupo poblacional, para plantearnos y llevar a cabo estrategias de salud en la población adolescente porque el embarazo en esta etapa de vida constituye un riesgo importante por los cambios y adaptaciones que exige al organismo el desarrollo del mismo, además que la probabilidad de riesgos aumenta cuanto menos edad tiene la madre, situación que contribuye a elevar las tasas de morbilidad materna perinatal

Tabla 2

**Características generales: estado civil, grado de instrucción, procedencia.
Hospital de apoyo Jesús Nazareno. Enero – diciembre 2018**

Características generales	Tipo de parto			Total		
	Cesárea		Vaginal			
	N	%	N	%	N	%
Estado Civil						
Soltera	48	28.2	83	48.8	131	77
Conviviente	14	8.3	25	14.7	39	23
Total	62	36.5	108	63.5	170	100
Grado de instrucción						
Primaria	2	1.2	0	0	2	1.2
Secundaria	53	31.2	81	47.6	134	78.8
Superior	7	4.1	27	15.9	34	20
Total	62	36.5	108	63.5	170	100
Procedencia						
Rural	28	16.5	49	28.8	77	45.3
Urbano	34	20	59	34.7	93	54.7
Total	62	36.5	108	63.5	170	100

Fuente: Historia clínica - ficha de recolección de datos

La Tabla 2 nos muestra el estado civil, grado de instrucción y procedencia de las adolescentes gestantes cuyo parto (vaginal – cesárea) fueron atendidos en el Hospital de apoyo Jesús Nazareno. Enero – diciembre 2018. Donde se observa que del 100% (170) gestantes adolescentes, el estado civil predominante está representado por las solteras con el 77%(131) de las cuales el 28.2% (48) culminaron su embarazo por cesárea, mientras que el 48.8%(83) por vía vaginal. El grado de Instrucción predominante está representado por el nivel secundario con un 78.8% (134) de las cuales el 31.2% (53) culminaron su embarazo por cesárea, mientras que el 47.6%(81) por vía vaginal. Seguido la procedencia es la urbana con un 54.7% (93) de las cuales el 20% (34) culminaron su embarazo por cesárea, mientras que el 34.7%(59) por vía vaginal.

Se concluye de la tabla que las adolescentes que terminaron su parto por cesárea, que el estado civil predominante son las solteras con 28.2% (48); el grado de instrucción fue el nivel secundario con un 31.2% (53) y por último la procedencia predominante es la urbana con un 20% (34).

Resultados similares reporta **Gallardo Henry et al**; en su investigación *Adolescencia materna y su asociación con la realización de la cesárea 2015*; realizó un estudio de casos (1304) y controles (2608) de manera retrospectiva y encontró con respecto al estado civil, que el 49.5% de las adolescentes eran solteras y 49.31% vivían en unión libre; de estas, un 33.3% llevaban menos de dos años de convivencia con su pareja. En el caso de las adultas, solo el 8.6% estaban casadas, y el 65.1% de ellas vivían en unión libre.

Algo coincidente refiere **Albornoz, Laidy y Reategui, Nivania (Lima – 2013)**. En su investigación *Cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Santa Rosa durante el periodo 2010 – 2012*. Se presenta un estudio descriptivo y cuantitativo. Encontrándose en lo referido al grado de instrucción, el 56.0% tenía secundaria incompleta, un 30.8% secundaria completa, el 5.1% universitario incompleto, el 4.0% técnico incompleto, el 2.1% técnico completo, el 1.7% primaria incompleta y un 0.4% primaria completa. En cuanto al estado civil, el 62.5% eran solteras, el 35.3% convivientes y el 2.3% casadas.

Estos hallazgos son similares a lo descrito por **Paucar, Lisbeth y Gutiérrez, Erika** en su investigación *Frecuencia e indicaciones de parto por cesárea en el hospital regional de Ayacucho, octubre a diciembre del 2014*, encontraron que del 100% (53) gestantes adolescentes, el 41.5% (22) proceden de la zona urbano marginal, de las cuales 37.7%(20) tuvieron parto por cesárea de urgencia y 3.8%(02) cesárea electiva. Luego el 34%(18) de adolescentes procedieron de la zona urbana, de ellas 28.3%(15) culminaron su parto por cesárea de urgencia y 5.7%(03) fueron cesárea electiva. Asimismo 24,5%(13) son de la zona rural, de ellas el 22.6%(12) fueron partos por cesárea de urgencia y 1.9%(01) cesárea electiva.

En cuanto a las características generales de la adolescente; se encontró con respecto al estado civil, el 28.2% eran madres solteras y el 8.2% eran convivientes. Las adolescentes por su condición de tener un embarazo no planificado son en su mayoría solteras sin una relación formal o planificada; por ello en nuestra casuística no encontramos ninguna con estado civil de casada. Esto refleja que en nuestro estudio hay un gran porcentaje de abandono por

parte de la pareja, se podría hablar también de relaciones inestables que se iniciaron a temprana edad y que terminaron con una ruptura sentimental posterior al incidente del embarazo, dando como resultado una falta o ausencia de paternidad responsable. En lo referido al grado de instrucción, solo el 4.1% había alcanzado el grado de instrucción superior incompleto frente a un 32.4% que contaban con estudios inferiores, en nuestra trabajo de investigación más de la mitad presenta un grado de instrucción de secundaria completa 31.2%. Los resultados obtenidos en nuestro trabajo hay un gran número de adolescentes hoy en día se encuentran desempleadas y no tienen las mismas oportunidades laborales que el resto debió a que no presentan estudios superiores o ni siquiera estudios secundarios completos, puesto que abandonan los colegios por la necesidad que tienen de salir a trabajar para obtener un sustento para sus propias familias.

Tabla 3
Características generales: Talla
Hospital de apoyo Jesús Nazareno. Enero – diciembre 2018.

Talla	Tipo de Parto				Total	
	Cesárea		Vaginal			
	n	%	N	%	N	%
< =1.45 m	24	14.1	3	1.8	27	15.9
> 1.45 m	38	22.4	105	61.7	143	84.1
Total	62	36.5	108	63.5	170	100

Fuente: Historia clínica - ficha de recolección de datos

La Tabla 3 nos muestra la talla de las adolescentes gestantes cuyo parto (vaginal – cesárea) fueron atendidos en el Hospital de apoyo Jesús Nazareno. Enero – diciembre, 2018. Donde se observa que del 100% (170) gestantes adolescentes, el 84.1%(143) tienen una talla > 1.45 m, de las cuales el 22.4%(38) culminaron su parto por cesárea mientras que el 61.7%(105) por vía vaginal.

Se concluye de la tabla que la talla de las adolescentes cesareadas que el 22.4% (38) tiene una talla > 1.45m.

Estos resultados coinciden con lo descrito por ***Paucar, Lisbeth y Gutiérrez, Erika*** en su investigación *Frecuencia e indicaciones de parto por cesárea en adolescentes y adultas. Hospital Regional de Ayacucho, octubre a diciembre del 2014*, encontraron que del 100% (53) adolescentes cesareadas, el 79.2% (42) fueron de talla > 1.45m.

Asimismo encontrado por **Hernández Hilaraza, George Paul** en su investigación **factores de riesgo asociados a cesárea en adolescentes en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2009-2010**. Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, comparativo, transversal. Se analizaron 281 historias clínicas de las cuales 95 fueron de gestantes que terminaron en cesárea y 186 de las que terminaron en parto vaginal. Hallando los siguientes resultados: La talla >1.45 mts. Fue predominante para ambos grupos comparativos.

La talla materna es aceptada como un indicador antropométrico de riesgo de complicaciones obstétricas, como desproporción cefalopélvica (DCP), trabajo de parto disfuncional y parto operatorio la causa radicaría en la relación directa entre talla e índice pélvico. De manera similar en nuestra tabla se encuentra que la talla en las mujeres primíparas es mayor de 1.45 mt que terminaron su parto por cesárea. Se ha demostrado que la mujer de estatura baja es probable de desarrollar DCP durante el trabajo de parto, la causa de esta condición sería una pelvis estrecha en presencia de fetos de tamaño promedio.

Tabla 4
Características gíneco - obstétricas: Gesta
Hospital de apoyo Jesús Nazareno. Enero – diciembre 2018

Gesta	Tipo de parto				Total	
	Cesárea		Vaginal			
	N	%	N	%	N	%
Primigesta	58	34.1	95	55.9	153	90
Multigesta	4	2.4	13	7.6	17	10
Total	62	36.5	108	63.5	170	100

Fuente: Historia clínica - ficha de recolección de datos

La Tabla 4 nos muestra la gesta de las adolescentes gestantes cuyo parto (vaginal – cesárea) fueron atendidos en el Hospital de apoyo Jesús Nazareno. Enero – diciembre 2018. Donde se observa que del 100% (170) gestantes adolescentes, el 90%(153) son primigestas, de las cuales el 34.1%(58) culminaron su parto por cesárea, mientras que el 55.9%(95) por vía vaginal. Asimismo, observamos que en la condición de Multigesta predomina el parto vaginal con 7.6%(13) comparado con el grupo de parto por cesárea representadas por un 2.4%(4).

Se concluye de la tabla que el 34.1%(58) fueron primigestas adolescentes que culminaron su embarazo por cesárea.

Resultados similares reporta **Albornoz, Laidy y Reategui, Nivania (Lima – 2013)**. En su investigación *Cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Santa Rosa durante el periodo 2010 – 2012*. Se incluyeron historias

clínicas de adolescentes cesareadas que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Teniendo los siguientes resultados en lo referido al número de gestaciones, el 82.1% eran primigestas, el 16.6% segundigestas y el 1.3% multigestas.

Asimismo encontrado por **Hernández Hilaraza, George Paul** en su investigación ***factores de riesgo asociados a cesárea en adolescentes en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2009-2010***. Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, comparativo, transversal. Se analizaron 281 historias clínicas de las cuales 95 fueron de gestantes que terminaron en cesárea y 186 de las que terminaron en parto vaginal. Hallando con mayor porcentaje a las primigesta con un 85.1%.

En general son las primíparas con mayor riesgo de culminar su embarazo a través de una cesárea porque aún no experimentan una labor de trabajo de parto. Se incrementa de forma importante el riesgo de desproporción céfalo-pélvica, obstrucción del trabajo de parto, detención del descenso, mayor presencia de desgarros o fístulas perineales, y, por lo tanto, la necesidad de realización de cesárea en mayor proporción en esta población. Estos resultados implica que una adolescente vuelva a salir embarazada de manera reiterativa, factores como la ausencia y escasez de conocimiento en Salud Sexual y Reproductiva y Planificación Familiar no estarían siendo abarcados de manera total y eficiente por toda la población adolescente.

Tabla 5
Características gineco –obstétricas: Periodo intergenésico
Hospital de apoyo Jesús Nazareno. Enero – diciembre 2018

Periodo Intergenésico	Tipo de parto				Total	
	Cesárea		Vaginal			
	n	%	N	%	N	%
Ninguno	58	34.1	95	55.9	153	90
< 2 años	2	1.2	5	2.9	7	4.1
2 - 4 años	2	1.2	8	4.7	10	5.9
Total	62	36.5	108	63.5	170	100

Fuente: Historia clínica - ficha de recolección de datos

La Tabla 5 nos muestra el periodo intergenésico de las adolescentes gestantes cuyo parto (vaginal-cesárea) fueron atendidos en el Hospital de apoyo Jesús Nazareno. Enero – diciembre 2018. Donde se observa que del 100% (170) de gestantes adolescentes, el 90%(153) no tienen periodo intergenésico (primigestas) de las cuales el 34.1%(58) culminaron su parto por cesárea mientras que el 55.9%(95) por vía vaginal. Asimismo, se observa que el 5.9%(10) de adolescentes tiene un periodo intergenésico de 2-4 años de las cuales el 1.2%(2) culmino su embarazo por cesárea y el 4.7%(8) por parto vaginal. También se observa que el 4.1%(7) de adolescentes tienen un periodo intergenésico < 2 años, de las cuales el 1.2%(2) y 2.9%(5) culmino su embarazo por cesárea y parto vaginal respectivamente.

De la tabla se concluye que las adolescentes que culminaron su parto por cesárea el 34.1% (58) no tenían un periodo intergenésico.

Estos resultados son similares a lo encontrado por **Hernández Hilaraza, George Paul** en su investigación **factores de riesgo asociados a cesárea en adolescentes en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2009-2010**. Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, comparativo, transversal. Se analizaron 281 historias clínicas de las cuales 95 fueron de gestantes que terminaron en cesárea y 186 de las que terminaron en parto vaginal. Hallando los siguientes resultados. La condición de cesárea anterior y el periodo intergenésico (PI) <2 años tuvo asociación con el tipo de parto ($p < 0.05$).

El periodo intergenésico es el lapso de tiempo entre la culminación de un embarazo y la concepción del siguiente. Un adecuado periodo intergenésico es considerado un factor positivo para la salud física y mental de la madre y el producto. Se sugiere como tiempo recomendado del siguiente embarazo mínimo 18 meses (periodo intergenésico corto) y no más de 60 meses (periodo intergenésico largo); debido que el tiempo extremadamente corto o extremadamente largo entre una gestación y la siguiente se ha relacionado con complicaciones obstétricas.

El periodo intergenésico es importante para la planificación de embarazos subsecuentes a partos, cesárea y abortos. Actualmente existe falta de consenso en cuanto a las definiciones e importancia clínica de la duración del periodo intergenésico.

Tabla 6

Características gineco –obstétricas: Edad gestacional
Hospital de apoyo Jesús Nazareno. Enero – diciembre 2018

Edad gestacional	Tipo de parto				Total	
	Cesárea		Vaginal			
	N	%	N	%	N	%
< 37 semanas	13	7.6	4	2.4	17	10
37 - 40 semanas	38	22.4	97	57	135	79.4
> 40 semanas	11	6.5	7	4.1	18	10.6
Total	62	36.5	108	63.5	170	100

Fuente: Historia clínica - ficha de recolección de datos

La Tabla N° 07 nos muestra la edad gestacional de las adolescentes gestantes cuyo parto (vaginal – cesárea) fueron atendidos en el Hospital de apoyo Jesús Nazareno. Enero – diciembre, 2018. Nos muestra que del 100%(170) de adolescentes, el 79.4%(135) culminan su embarazo entre 37-40 semanas de gestación de las cuales 57%(97) culmina en un parto vaginal y el 22.4%(38) culminan su embarazo en parto por cesárea. Asimismo, se observa que 10%(17) culmina su embarazo antes de las 37 semanas de gestación, de la cuales el 2.4%(4) por parto vaginal y un 7.6%(13) por cesárea. De igual forma se muestra que un 10.6%(18) culminan su embarazo después de las 40 semanas de gestación. De las cuales el 4.1%(7) por parto vaginal y el 6.5%(11) por cesárea.

Se concluye de la tabla que el 22.4%(38) de las adolescentes culminan su embarazo por cesárea entre las 37 – 40 semanas de gestación.

Estos resultados son similares a lo encontrado por **Hernández Hilasaza, George Paul** en su investigación ***factores de riesgo asociados a cesárea en adolescentes en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2009-2010***. Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, comparativo, transversal. Se analizaron 281 historias clínicas de las cuales 95 fueron de gestantes que terminaron en cesárea y 186 de las que terminaron en parto vaginal. Hallando los siguientes resultados: La edad gestacional de la población de estudio estuvo representada por el 79.4% en el grupo de 37-40 semanas.

Tabla 7
Complicaciones gineco –obstétricas
Hospital de apoyo Jesús Nazareno. Enero – diciembre 2018

Complicaciones gineco - obstetricas	Tipo de parto				Total	
	Cesárea		Vaginal			
	n	%	N	%	N	%
Hemorragia en la Segunda mitad del embarazo	1	0.6	0	0	1	0.6
Preeclampsia	4	2.4	1	0.6	5	3
Sufrimiento fetal agudo	11	6.5	0	0	11	6.5
Ruptura prematura de membrana	7	4.1	11	6.5	18	10.6
Desproporción céfalo —pélvica	26	15.3	0	0	26	15.3
Macrosomia fetal	9	5.2	2	1.2	11	6.4
Oligohidramnios	2	1.2	0	0	2	1.2
Otros	2	1.2	94	55.2	96	56.4
Total	62	36.5	108	63.5	170	100

Fuente: Historia clínica - ficha de recolección de datos

La Tabla 6 nos muestra las complicaciones gineco-obstétricas de las adolescentes gestantes cuyo parto (vaginal – cesárea) fueron atendidos en el Hospital de apoyo Jesús Nazareno. Enero – diciembre 2018. donde se observa que el 100%(170) de las adolescentes cuyo embarazo termino por cesárea; destaca la desproporción céfalo pélvica como una indicación principal de cesárea en 15.3%(26), seguido del sufrimiento fetal agudo con 6.5%(11), luego la Macrosomía fetal con 5.2%(9), ruptura prematura de membranas

4.1%(7), pre eclampsia 2.4%(4), seguido de oligohidramnios representa 1.2%(2), y la hemorragia del segundo trimestre con 0.6%(1).

Se concluye de la tabla que existe predominio de la desproporción céfalo pélvica como indicación principal para la culminación del parto por cesárea con 15.3% (26) en las adolescentes.

Resultados similares a lo encontrado por **Bendezu, Guido y col**, en su investigación *Características y riesgos de gestantes adolescentes en el Hospital IV “Augusto Hernández Mendoza”, Es Salud. Entre el 1 de Julio 2013 y el 30 de junio de 2014*. Se estudió 177 adolescentes que tuvieron su parto en el hospital y se comparó sus características con un grupo control de 177 gestantes de 20 a 34 años. Refieren acerca de las indicaciones de cesárea, en las adolescentes fueron incompatibilidad céfalo pélvica (25,6%) y sufrimiento fetal agudo (20,5%), mientras que en el grupo control de las adultas fueron trabajo de parto disfuncional, macrosomía fetal y cesárea previa.

Asimismo **Paucar, Lisbeth y Gutiérrez, Erika** en su investigación: Frecuencia e indicaciones de parto por cesárea en adolescentes. Hospital Regional de Ayacucho. Septiembre a diciembre 2014. Realizó una investigación aplicada, cuantitativa descriptiva de corte transversal, teniendo como población 148 gestantes adolescentes: cuyos resultados fueron: La frecuencia de parto por cesárea de gestantes adolescentes es de 36% (53) cuyas indicaciones más frecuentes para la cesárea fueron: la desproporción céfalo pélvica (20,6%) sufrimiento fetal agudo (11,3%) y la distocia de contracción (9,4%) con un predominio de cesáreas de urgencia 89% (47).

De igual manera **Gerónimo Mamani, Jetzebel Lucero; en su investigación Factores asociados en gestantes adolescentes del hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores, Lima -2017**. Fue una investigación descriptivo, correlacional, retrospectivo y de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 130 gestantes adolescentes, con parto por vía cesárea. Teniendo como resultado los factores maternos, fetales y ovulares más importantes que se presentaron en gestantes adolescentes fueron: pre eclampsia (22,3%), expulsivo prolongado (8,5%), sufrimiento fetal agudo (4.6%), macrosomía fetal (2,3%), ruptura prematura de membranas (77,7%) y oligohidramnios severo (2,3%); y las que se relacionan con la cesárea ($P>0,05$) son: la pelvis estrecha, la desproporción céfalo – pélvica, el embarazo múltiple, macrosomía fetal, distocias de presentación, restricción de crecimiento intrauterino y finalmente oligohidramnios severo.

La cesárea es un tratamiento, tiene indicaciones precisas, y su único objeto es asegurar la salud de la madre y de su hijo. La desproporción que existe entre el tamaño del feto y la pelvis materna de la adolescente es una razón importante implicada en los partos por cesárea, ya que los fetos al no poder salir normalmente por el canal del parto ocasionan sufrimiento fetal y una serie de complicaciones que para preservar la salud del feto y la madre tienen que optar por el parto por cesárea. Esto es debido principalmente a una falta de desarrollo de la pelvis materna, lo que condicionaría una mayor incidencia de desproporción céfalo-pélvica, constituyendo esto, una causa importante de partos operatorios.

Los principales signos de alarma de sufrimiento fetal se producen cuando se evidencian cambios en la frecuencia cardíaca del bebé, disminución del movimiento fetal y la presencia de sustancias anormales en el líquido amniótico. Un monitor de frecuencia cardíaca fetal detectara en primera instancia si existen anomalías en la frecuencia cardíaca del bebé. El sufrimiento fetal agudo produce hipoxemia y la acidosis fetal durante el trabajo de parto que pueden producir muerte fetal intraparto o neonatal, así como morbilidad neonatal respiratoria y lesión neurológica posterior. El diagnóstico de sufrimiento fetal agudo es indicación para terminar la gestación en forma inmediata, lo que supone un parto por cesárea en los casos en que no hay condiciones para parto vaginal, no se ha completado la dilatación o se espera un expulsivo prolongado.

CONCLUSIONES

1. La frecuencia de cesáreas en el Hospital De Apoyo Jesús Nazareno durante los meses de enero a diciembre del 2018 fue de 305 cesáreas (100%) de las cuales 79.67%(243) fueron en adultas y 20.33%(62) se realizaron en adolescentes.
2. El promedio de edad fue entre 14-16 años con un 18.8%.El estado civil predominante fueron solteras, el grado de instrucción secundaria, el tener procedencia urbana y una talla > 1.45 mts con similar comportamiento por tipo de parto.
3. Del grupo de adolescentes 100%(170), destaca la desproporción céfalo pélvica como una indicación principal de cesárea en 15.3%(26), seguido del sufrimiento fetal agudo con 6.5%(11), asimismo la Macrosomía fetal con 5.2%(9), ruptura prematura de membranas 4.1%(7), y la pre eclampsia con un 2.4%(4).
4. El factor no asociado a una cesárea en adolescentes ($p>0,05$) fue el periodo intergenésico.
5. De la investigación se concluye que la adolescencia en todas sus etapas, es un factor de riesgo, debido a la frecuencia de cesáreas en este grupo poblacional que van en aumento a comparación de años anteriores e investigaciones realizadas.

RECOMENDACIONES

1. Promover la enseñanza de temas de salud sexual reproductiva y planificación familiar en las instituciones educativas para prevenir embarazos en las adolescentes y evitar las cesáreas. Por ser este grupo poblacional el de mayor incidencia de cesárea según la investigación.
2. Brindar orientación y consejería en salud sexual reproductiva y planificación familiar a todas las adolescentes que hayan tenido un parto vaginal o cesárea, con la finalidad de concientizar e informar de los riesgos generales y gineco-obstétricos, a los que estarían sujetas en embarazos posteriores.
3. Al personal de salud (obstetra). Tener mayor cuidado y realizar seguimiento continuo a las gestantes adolescentes primíparas, con desproporción céfalo pélvica; por ser ellas con mayor riesgo de tener un parto por cesárea.
4. Incentivar a la gestante a acudir a su control prenatal de manera responsable con el fin adquirir conocimientos veraces que le permitan identificar los riesgos en el embarazo.
5. Promover el trabajo conjunto de los centros de salud y la familia de la gestante adolescente, que permitan la correcta información sobre la importancia de los cuidados de una post cesareadas junto a su RN y la prevención de riesgo durante el embarazo, así como la planificación familiar y desarrollo personal

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Salinas A, Ramón et al.** Vías de terminación del embarazo adolescente versus embarazo adulta. Hospital “Dr. José R. Vidal”, Maternidad, Sector Obstetricia. Argentina, 2008. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. N° 12 191 – Marzo 2018.
2. **Mesa de Concertación: Equipo de Seguimiento Concertado a las Políticas de Salud Sub Grupo “Prevención del Embarazo en Adolescentes”¹** ALERTA N° 1-2018-SC/MCLCP2 Embarazo en Adolescentes Peruanas Aumentó. -Un Problema de Salud Pública, de Derechos y Oportunidades Para las Mujeres y de Desarrollo para el País https://www.mesadeconcertacion.org.pe/sites/default/files/archivos/2018/documentos/06/alerta_embarazo_en_adolescentes_aumento_junio_2018.pdf
3. **Molina, L.** Embarazo en Adolescentes. [Internet] [consultado en diciembre 2010].
Disponible en <http://fegs.msinfo.info/fegs/archivos/pdf/feeaa.pdf>
4. **Parra Visoso A.** Sexualidad en la adolescencia. México: Dirección General de Planificación Familiar, Secretaría de Salud; 2004. Págs. 59-65.
5. **Rodríguez J.** La fecundidad alta en América Latina y el Caribe: un riesgo en transición. Documento presentado en el Seminario sobre Transición de la Fecundidad en América Latina y el Caribe. Santiago, Chile: CEPAL; 2005.
6. **Lezcano S, y col.** Estudio comparativo del bajo peso al nacer, depresión al primer minuto y terminación cesárea entre madres adolescentes y la

población general. Rev. Posgrado Vía Cátedra Med Corrientes 2005; 150:1-3.

- 7. Comité Subregional Andino Para La Prevención Del Embarazo En Adolescentes.** El Embarazo En Adolescentes En La Subregión Andina. [Internet]. Marzo 2008; [consultado en diciembre 2010]. En línea [http://www.llegolaruta.com/PA/portal/sites/default/files/Diagnostico%20Fin al%20.](http://www.llegolaruta.com/PA/portal/sites/default/files/Diagnostico%20Final%20.pdf)
- 8. CDC [Internet].** USA. Teen Birth Rate Hit Record Low in 2009. [consultado en junio 2018]. En línea: <http://www.businessweek.com/lifestyle/contentthealthday/647777.html>.
- 9. Esquivel L, Blanca Inés et al.** Embarazo en adolescentes y no adolescentes. Resultados Obstétricos y perinatales. Rev. Med UAS. Nueva Época; Vol. 1: No.1. Enero-marzo 2010.
- 10. Gallardo L, Henry R. et al** Adolescencia materna y su asociación con la realización de la cesárea. Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), en la página <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm> de la Biblioteca virtual en salud del proyecto BIREME, Colombia – 2015.
- 11. Hernández Hilasaza, George Paul (Tacna- 2011)** factores de riesgo asociados a cesárea en adolescentes en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2009-2010. Disponible en: <http://repositorio.unibg.edu.pe/handle/UNJBG/246>
- 12. Albornoz, Laidy y Reátegui, Nivania.** Cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Santa Rosa. 2010-2012. Tesis UNMSM.

- 13. Carpio, Walter.** Operación Cesárea; incidencia e indicaciones en el Hospital Naylamp de EsSalud de Chiclayo durante el periodo enero a diciembre 2015. Tesis USMP Chiclayo-Perú.
- 14. Bendezú Guido et al (Ica - 2016).** Características y riesgos de gestantes adolescentes en el Hospital IV “Augusto Hernández Mendoza”, Es Salud. Entre el 1 de Julio 2013 y el 30 de junio de 2014. Rev. Perú. Ginecología - obstetricia. [online]. 2016, vol.62, n.1 [citado 2017-07-17], pp. 13-18.
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322016000100002
- 15. Gerónimo Mamani, Jetzebel Lucero (Lima – 2018).** Factores asociados en gestantes adolescentes del hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores, Lima -2017. Disponible en:
<http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/246>
- 16. Paucar, Lisbeth y Gutiérrez, Erika (Ayacucho-2015)** Frecuencia e indicaciones de parto por cesárea en adolescentes. Hospital Regional de Ayacucho. Septiembre a diciembre 2014. Tesis UNSCH Ayacucho-Perú.
- 17. Palomino, Denis Lizbeth (Ayacucho-2017)** Factores asociados a parto por cesárea en adolescentes y adultas. Hospital Regional de Ayacucho. Setiembre – Noviembre 2016.
- 18. OMS, la adolescencia y su clasificación**
https://www.mpfm.gob.pe/escuela/contenido/actividades/docs/3962_03ponce.pdf
- 19. Centro de Estudios Sobre la Juventud, Cuba.** Embarazo en la Adolescencia y Políticas Públicas. evaluación de un programa cubano. Veredas do Direito, Belo Horizonte 2009; 11): Págs . 165-179.

- 20. Bustamante, Alexandra y Zapata, Olivia.** 23Frecuencia e indicación de cesárea en las adolescentes atendidas en el Hospital "Pablo Arturo Suárez" de la ciudad de Quito. Enero 2006 hasta diciembre del 2011. Tesis Universidad Central de Ecuador. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Obstetricia." Juana Miranda".2012
- 21. OMS-OPS.** Descubriendo las voces de los adolescentes. Noviembre de 2006, 36 p . Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/ca-empoderamiento.pdf>.
- 22. Organización Mundial de la Salud [Internet].** Riesgos para la salud de los jóvenes. 2010 [consultado en enero 2011].Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>.
- 23. Sistema Informático Perinatal (SIP-2015)** Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho. 2015.
- 24. Peláez Mendoza, Jorge.**Ab orte en la adolescencia. Consideraciones bioéticas en tomo a la decisión de abortar. Rev Cubana Obstet Ginecol; 2008, 34(3). 31
- 25. González C. José A, et al.** Indicaciones de Cesárea Segmentaria en Adolescentes, Hospital Universitario "Dr. Luis Razetti" en el año 2007.Tesis. Barcelona: Universidad Oriente; 2009.
- 26. Castro M, et al.** Partos Vaginales Y Cesárea en Adolescentes: Comportamiento entre 1993 Y 2005 en el Hospital De Maternidad Rafael Calvo. Revista Colombiana de Obstetricia Y Ginecologia; 2007: 58(2). Págs. 108 -115.
- 27. Cunningham GF, Leveno SL, Hauth JC, Gilstrap L C, Wenstrom KD.** Obstetricia de Williams. Distocia.. 22nd Edición, Editorial Mc Graw Hill; 2008. Pags. 495 - 521.

- 28. Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud** **31. Cesárea Segura** México. 2004. Pags 15 - 18.
- 29. Salinas P. y Col. (2004)**, Factores predictores de cesárea. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, 2004; 69(5): 357-360.
- 30. Abad, Pedro.** Cesárea en adolescentes. Hospital Hipólito Unanue. Lima, Perú. **Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia**, [S.l.], v. 50, n. 4, p. 202-208, may. 2015. ISSN 2304-5132. Disponible en:
<http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/417>.
- 31. Ricardo Schwarcz. Obstetricia.** 6 edición: Editorial el Ateneo.(2014).
- 32. Ministerio de Salud. Guía de Practica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas** Según Nivel de Capacidad Resolutiva. Minsa 2007. http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf
- 33. Dr. Gaspar vallecillo, José Niz , Alberto Alvarado. Parto distócico por desproporción feto – pélvica.** Rev. Med. Hondur. vol. 43—1975.
<http://cidbimena.desastres.hn/RMH/pdf/1975/pdf/Vol43-4-1975-5.pdf>
- 34. Andres Mongrut Steane.** Tratado de Obstetricia Normal y Patológico 2010 Edit. El león sabio.
- 35. Enrique Guevara Ríos “et al”,** Guía de Practica Clínica y de Procedimiento en Obstetricia y Perinatología Instituto Nacional Materno Perinatal. Edición 2018.
- 36. Abram Zabala, Heidy Ortiz, Julie S, Carla P, Raymundo P.** Periodo Intergenésico. Ginecología. 2018; 83(1).
- 37.** Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES. In; 2015; Lima.

ANEXO



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

A. SECCIÓN 1: CARACTERÍSTICAS GENERALES

❖ **Tipos de Parto:** Cesárea () Vaginal ()

- **Edad:**

Adolescencia inicial o temprana (10 — 13 años) ()

Adolescencia media (14 — 16 años) ()

Adolescencia tardía (17 — 19 años) ()

- **Estado Civil:**

Soltera () Conviviente () Casada ()

- **Grado de Instrucción:**

Primaria () Secundaria () Superior () Analfabeta ()

- **Procedencia:**

Rural () Urbano ()

- **Talla:**

Mayor 1.45 () Menor e igual 1.45 ()

B) SECCIÓN 2: CARACTERÍSTICAS GÍNECO - OBSTÉTRICAS:

- **Gesta**

Primigesta () Multigesta ()

- **Periodo intergenésico**

< 2 años () 2 – 4 años ()

- **Edad gestacional**

>37 semanas () 37 – 40 semanas () <40 semanas ()

C) SECCIÓN3: COMPLICACIONES GÍNECO - OBSTÉTRICAS:

- **Complicación durante el embarazo:** Si () No ()
- **Hemorragia de la segunda mitad del embarazo:** SI () NO ()

Si la respuesta es afirmativa, marcar:

Placenta previa () Rotura uterina () Desprendimiento prematura de placenta ()

Hipertensión inducida por el embarazo: SÍ () NO () Si

la respuesta es afirmativa, marcar:

Hipertensión gestacional () Hipertensión crónica ()

Preeclampsia () Eclampsia () Síndrome de Hellp ()

- **Sufrimiento fetal agudo** SÍ () NO ()
- **Ruptura prematura de membranas** SÍ () NO ()
- **Desproporción céfalo pélvica** SÍ () NO ()
- **Macrosomía fetal** SÍ () NO ()
- **Oligohidramnios** SÍ () NO ()
- **Otros** SÍ () NO ()

Figura 1 Revisión y recopilación de datos



Figura 2 Búsqueda de historias clínicas

